

Jan Klein wil veiligheid ook via verzekeraar vergroten

‘Je maakt fouten, dat kan niet anders’

Sophie Broersen

Anesthesioloog en veiligheidsdeskundige Jan Klein maakte tweemaal van dichtbij mee wat de impact is van een ziekenhuiscrisis. Nu gaat hij parttime bij verzekeraar Achmea aan de slag om ook van daaruit te proberen veiligheid en kwaliteit in ziekenhuizen te verbeteren.

Op het prikbord in de werkkamer van Jan Klein, aan de Erasmus Universiteit in Rotterdam, hangt een veelzeggende envelop. Hij is met de hand geschreven, geadresseerd aan Jan Klein, werkzaam in het Maastricht Ziekenhuis. Maar dat is doorgekrast, en eronder staat ‘prof. Klein, Erasmus MC’. Hoogleraar Veiligheid in de Zorg Klein was tot voor kort ook anesthesioloog in het Maastricht, maar stapte daar op tijdens de hectiek rondom de uitbraak van de *Klebsiella*-bacterie. Daarvoor al, in 2008, was hij coördinator anesthesiologie in het Havenziekenhuis, toen daar zeven mensen ernstig ziek werden door besmetting via het narcosemiddel propofol. Klein gaat nu naast zijn hoogleraarschap aan de slag bij zorgverzekeraar Achmea, waar hij gaat werken aan systemen om veiligheid en kwaliteit te waarborgen.



Waarom de overstap naar een verzekeraar?

Verzekeraars kunnen een belangrijke rol spelen bij het verbeteren van de veiligheid in de gezondheidszorg. Er is veel verbeterd – zeker in mijn eigen vak, de anesthesiologie – door verbetering van de procedures, de techniek, de opleiding. Maar het kan nog veel beter, vooral op het gebied

van samenwerking en functioneren in teams en ketens.

Wat kan een zorgverzekeraar daaraan bijdragen?

Het lijkt me niet zinvol om meer indicatoren toe te voegen aan de honderden die ziekenhuizen nu al moeten aanbieden. Misschien worden er wel nutteloze zaken geregistreerd. Daar moeten we mee ophouden. We moeten in gesprek met ziekenhuizen om te komen tot zinvolle manieren om veiligheid te verhogen.

In welke richting denkt u?

Door afspraken te maken en elkaar daaraan te houden. Bijvoorbeeld over hoe je binnen een veiligheidssysteem de hele keten beschouwt. De structuur van ziekenhuizen is problematisch, met allemaal eilandjes. Een manier kan zijn om van elke maatschap één persoon te benoemen die aanwezig is bij besprekingen over incidenten en behandelresultaten en dat vervolgens overbrengt naar zijn achterban.

Dit is toch niets nieuws, incidentbesprekingen zijn er al zo lang...

Nou, doorgaans niet disciplineoverstijgend. En het moet niet alleen over fouten gaan, ook over bijna-fouten. Misschien moeten de verpleegkundigen erbij, en ook de patiënten. Dat we hun niet alleen vragen of het eten lekker was, maar hoe de medicijnverstrekking verliep en of het ziekenhuis schoon was. Daar zijn systemen voor te bedenken. Het klinkt vaag, en ik heb ook de oplossing niet direct beschikbaar. Ik denk dat we een systematiek moeten ontwikkelen waarbij we per ontwikkeling

een businesscase maken en bekijken wat het oplevert.

Met elk ziekenhuis een toegespitst beleid afspreken klinkt intensief.

Dat is het ook. Maar wel nodig. Veel ziekenhuisbesturen weten niet hoe ze hun instelling veiliger moeten maken. Onder druk van een verzekeraar kunnen we ze wellicht zover krijgen.

Waarom is veiligheid nog zo'n ondergeschoven kindje?

Een van de redenen is dat kwaliteit en veiligheid geen aanzien hebben. Als je je daarmee bezighoudt, loop je goede kans dat je carrière ten einde is. Dat is niet alleen in Nederland zo, waar klokkenluiders over onveilige situaties niet

meer aan het werk konden, het is ook in Groot-Brittannië bekend. Je kunt in Nederland bestuurder in de zorg zijn zonder dat je je hebt bewezen op het gebied van veiligheid- en kwaliteitssystemen. Het

wordt gezien als een hype die losstaat van de dagelijkse praktijk.

In hoeverre is dat dan niet zo? Is de zorg in Nederland zo onveilig?

Nee, internationaal gezien doen we het niet slecht. Maar er sterven drie keer meer mensen door vermijdbare fouten in ziekenhuizen dan in het verkeer. Niet alleen zwakke ouderen, ook jongeren. En we kunnen het ook veiliger maken.

Daar moet je wel wat voor over hebben: geld.

Veiliger zorg voorkomt complicaties en is dus niet duurder. Maar ziekenhuizen worden betaald voor het behandelen van complicaties die ze zelf hebben veroorzaakt. Tot nu toe doet dat de ziekenhuizen geen pijn. Daarom is het goed als de verzekeraars instappen, om dat te laten voelen en zichtbaar te maken.

Is openbaarmaking van resultaten zinvol?

Daar ben ik huiverig voor. De zorg wordt er niet veiliger op als professionals en besturen bang zijn om te melden. Als er iets fout gaat, is het belangrijk om transparant te zijn naar patiënt en directe familie, maar alle resultaten openbaar maken, is niet zinvol.

Openbaarheid kan wel effect hebben: het Maasstad Ziekenhuis ziet zich na de Klebsiella-affaire geconfronteerd met teruglopende patiëntentallen.

Maar hoe fair is dat? Het is ook gewoon een goed ziekenhuis. Het is doorgeschoten in de publiciteit; het ziekenhuis wordt afgerekend op een manier die op onderdelen geen hout snijdt. De andere kant van het verhaal is dat er geen systeem was om risico's te managen.

Maar hoe snijdt het dan geen hout?

Dat er geroepen werd dat er 28 doden gevallen waren, bijvoorbeeld, dat is niet zo. Vermoedelijk zijn er drie mensen overleden aan die bacterie. Dat is evengoed verschrikkelijk. Maar het waren kwetsbare mensen die ook aan een andere bacterie hadden kunnen overlijden. En daarnaast, het is niet meer dan het gemiddelde aantal potentieel vermijdbare doden van twee maanden in een dusdanig groot ziekenhuis.

Waarom bent u daar eigenlijk vertrokken?

Ik werkte daar sinds 2010 als anesthesioloog, twee dagen per week, naast mijn werk als hoogleraar veiligheid in de zorg. Maar ik praktiseer graag wat ik predik: ik wilde er ook coördinator patiëntveiligheid worden, maar daar was geen behoefte aan. Dat is ook geen verplichting, maar het illustreert wel dat een groot ziekenhuis zonder zo'n dergelijk principe kan functioneren. Denkt te kunnen functioneren. Tijdens de *Klebsiella*-uitbraak heb ik nog twee maal aangeboden om te helpen, ook vanwege mijn ervaringen in het Havenziekenhuis. Ik kon het voor mezelf niet rechtvaardigen als ik niet zou helpen. Maar als ze dat op dat moment zouden doen, was er de angst dat ze zouden toegeven dat de situatie onveilig was. Toen ben ik opgestapt.

Hoe voelt het om twee keer bij dit soort ellende betrokken te zijn geweest?

Ik sta daar niet alleen in. Toen ik mijn artsenbul kreeg, zei de hoogleraar erbij: u krijgt een mooi huwelijk met uw beroep, u kunt er een mooi huis van kopen, maar zorg dat de tuin ook groot is, want er komen mensen in te liggen en daar moet u mee leren leven.

Ik heb nog het voordeel gehad dat ik in de dertig jaar dat ik als anesthesioloog werkte een belangrijk deel van mijn tijd met management bezig was. Als je dagelijks in de ok staat, met patiënten bezig bent, maak je echt fouten, dat kan niet anders.

Maar niet veel artsen praten er openlijk over.

Ik kan dat makkelijker als hoogleraar. En de patiënten uit het Havenziekenhuis hebben het allemaal overleefd. Ik weet niet of ik nog als anesthesioloog had kunnen functioneren

Alle resultaten openbaar maken, is niet zinvol



Jan Klein: 'Als je je bezig houdt met kwaliteit en veiligheid, loop je goede kans dat je carrière ten einde is.'

beeld: De Beeldredactie, Guido Benschop

als dat niet zo was. Of ik daar zelf mee verder had gekund, maar ook niet hoe de media erop gereageerd zouden hebben. Nu hebben we er een mooi boekje over kunnen schrijven. Maar ik weet niet hoe het zou zijn als er iemand was overleden.

Maar omdat ik dat allemaal heb meegemaakt, met die zeven mensen die ernstig ziek werden door een probleem waar ik medeverantwoordelijk voor was, ben ik extra gemotiveerd om nu verder te gaan. Ik vind het verschrikkelijk voor de patiënten die het aangaat. En ik weet hoe het risico in een klein hoekje kan zitten, dat je het als professional echt niet ziet. Met alle goede intenties kun je mensen – het klinkt cru – doodmaken.

Dat maakt dat ik er bij het Maasstad emotioneel inzat. Ik kon niet rationeel reageren toen er werd gezegd 'dan ga je maar ergens anders naartoe'. Voor beurshandelaren geldt dat ze handelen vanuit de laatste kracht die ze meemaken. Voor mij is het Havenziekenhuis de laatste kracht. Die periode, waarin ik 72 uur niet sliep vanwege de stress. Dat ik mijn benen niet meer kon voelen omdat ik zo moe was.

Dus uw vertrek bij het Maasstad was een emotionele reactie?

Ja, op dat moment wel.


Als u de affaire in het Havenziekenhuis niet had meegemaakt, had u dan nog in het Maasstad gewerkt?

Dat is moeilijk om toe te geven, maar ik denk het wel.

Die ervaring is een motivatie, maar u weet ook als geen ander dat het moeilijk is om werkwijzes te veranderen. De propofol wordt in sommige ziekenhuizen nog steeds op de manier gebruikt die zoveel problemen heeft veroorzaakt in het Havenziekenhuis.

Veel professionals hebben het idee dat hun dat niet overkomt.

Denkt u dat je daar doorheen kunt breken?

Ja, maar daarvoor zul je medici vanaf dag nul van de studie moeten confronteren met de feilbaarheid van jezelf, van het team, van het systeem. Ik weet dat mensen moe worden van de vergelijking met de luchtvaart, en die vergelijking gaat ook niet altijd op, de zorg is veel complexer. Maar piloten horen vanaf dag nul: 'je gaat fouten maken, maar je wordt opgeleid om het aantal fouten te beperken en als je er een maakt, om de consequenties te beperken.' In de geneeskunde word je opgeleid in de illusie dat als je je best doet, je geen fouten maakt. 



Meer over Jan Klein en een link naar zijn blog vindt u bij dit artikel op www.medischcontact.nl.